VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

OTEVŘENÉ ODSTRANĚNÍ LEDVINY, MOČOVODU A ČÁSTI MOČOVÉHO MĚCHÝŘE (NEFROURETEREKTOMIE)

☐ **VLEVO**
☐ **VPRAVO**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění postižené ledviny s nádorem, ke zjištění jeho povahy, rozsahu a potvrzení nebo vyloučení zhoubného bujení (rakoviny).

Důvodem k tomuto výkonu je nádor dutého systému ledviny (kalichů a pánvičky) nebo močovodu.

Předpokládaným prospěchem léčby je stanovení přesné diagnózy rozborem nádoru a v případě zhoubného nádoru (rakoviny) se sníží nebo se může vyloučit riziko postupu onemocnění a vzniku komplikací.

Zdravotní výkon má následující rizika a důsledky léčby:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Poranění aorty nebo dolní duté žíly s krvácením.
- Poranění střeva nebo slinivky břišní.
- Poranění sleziny s nutnosti jejího odstranění při operaci levé ledviny.
- Poranění jater nebo žlučových cest při operaci pravé ledviny.
- Otevření dutiny hrudní s nutností dočasného zavedení hadičky do hrudníku.
- Vznik infekce v místě operační rány, v moči nebo jinde v těle.
- Dočasné omezení funkčnosti střev nebo jejich nefunkčnost/neprůchodnost (ileus).
- Dočasné nebo trvalé selhání zbývající ledviny s nutností dialýzy (umělé filtrace krve).
- Vznik krevní sraženin v žilách a jejich vmetnutí do plic (plicní embolie) v pooperačním období.
- Vznik kýly v jizvě.
- Vznik určitého oslabení břišní stěny, projevující se vyklenutím.
- Oblast pod operační jizvou může být citlivá méně nebo zcela necitlivá.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Laparoskopické odstranění ledviny v kombinaci s řezem v podbřišku: endoskopická metoda. Výhodou je několik menších řezů, případně menší ztráta krve a mírně rychlejší rekonvalescence, ale tato metoda není vhodná pro velké nádory, některé typy onemocnění ledviny nebo pacienty s určitými onemocněními (např. závažnými onemocněními srdce nebo plic nebo po rozsáhlých břišních operacích), někdy je nutné operaci během výkonu změnit na otevřenou metodu. Laparoskopie je výkon, při kterém jsou do břišní dutiny zavedeny z několika vpichů operační nástroje a kamera, operatér sleduje televizní obrazovku a pomocí nástrojů, které ovládá mimo břišní dutinu, provede příslušný výkon.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Z řezu v horní polovině břicha nebo na boku se pronikne k postižené ledvině. Při řezu na břiše se postupuje přes břišní dutinu. Po uvolnění cév k ledvině se přeruší cévy zásobující ledvinu a ta je pak odstraněna

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

společně s jejím tukovým obalem a také s převážnou částí močovodu.

Součástí operace může být také odstranění mízních uzlin (zejména pokud se zjistí před operací nebo během ní, že jsou zvětšené), případně také odstranění nadledviny (v případě, že je zvětšená, nebo pokud je nádor v její těsné blízkosti). Po operaci se do místa operace obvykle vloží drén (hadička) k odvodu pooperačního sekretu a krve, který bude za několik dní odstraněn.

Odstranění dolní části močovodu je možné jednak přístupem přes močovou trubici, kde se speciálním nástrojem v močovém měchýři odstraní vyústění močovodu a část močového měchýře. Druhou možností odstranění dolní části močovodu je druhý řez v podbřišku, kterým se pronikne k močovému měchýři a konečná část močovodu se odstraní i s částí močového měchýře.

Po operaci bude z močového měchýře odvádět moč na několik dní hadička (močový katétr).

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Na dobu 4-6 týdnů je doporučeno nezvedat těžší břemena, vyvarovat se výraznější fyzické námahy (např. sport, posilovna, práce na zahradě). Pracovní neschopnost nejvíce závisí na závažnosti fyzické práce, kterou vykonáváte, nejčastěji bývá 4-6 týdnů.

Je vhodný dostatečný příjem tekutin v množství 2-2,5 litru denně. Do plného zhojení operační rány a odstranění stehů je vhodné jen sprchování a nedoporučuje se koupání v bazénech nebo koupalištích. Při zhoršené funkci zbývající ledviny může být potřeba dodržovat speciální dietu.

Ke změně zdravotní způsobilosti může dojít v případě, že se projeví nedostatečná funkce zbývající ledviny.

Další potřebná léčba:

Kontrola na urologické ambulanci za několik týdnů, dále pravidelné kontroly k provedení např. rentgenu plic nebo vyšetření jako jsou CT (počítačová tomografie) nebo ultrazvuk, příležitostně krevní odběr ke kontrole funkce zbývající ledviny. V některých případech bude potřeba doživotního sledování formou pravidelných kontrol močového měchýře kamerou.

Při zhoršení funkce ledviny, jsou nutná speciální dietní opatření a pitný režim, pravidelné kontroly u specialisty na funkci ledvin nefrologa, a někdy je nutná případně dialýza (umělá filtrace krve).

V závislosti na výsledku histologického vyšetření může být potřebná dodatečná onkologická léčba (chemoterapie nebo ozáření).

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ..... podpis pacienta / zákonného zástupce ..... podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	..... jméno, příjmení a podpis lékaře
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli: ..... jméno, příjmení a podpis svědka	

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.